

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes  
mellitus na UBS Carvalho Bastos, Camaquã/RS**

**Edith Maria Savignón Macias**

**Pelotas, 2015**

**Edith Maria Savignón Macias**

**Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes  
mellitus na UBS Carvalho Bastos, Camaquã/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Saúde da Família EaD da Universidade  
Federal de Pelotas em parceria com a  
Universidade Aberta do SUS, como requisito  
parcial à obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: Niviane Genz

Co-orientadora: Vânia Priamo

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS**  
**Catálogo na Publicação**

M152m Macias, Edith Maria Savignon

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Carvalho Bastos, Camaquã/RS / Edith Maria Savignon Macias; Niviane Genz, orientador(a); Vânia Priamo, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Genz, Niviane, orient. II. Priamo, Vânia, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família que mesmo estando longe sinto todos presentes. À meu esposo por seu apoio desde o principio. Aos meus amigos pelo incentivo. Aos meus pais por terem me dado a possibilidade de fazer o que é melhor e pela aprendizagem em toda minha vida.

## **Agradecimentos**

Agradecer primeiramente a Deus, por me iluminar e abençoar minha trajetória.

Ao meu pai José Raimundo e minha mãe Maria Herlinda, pelo apoio e por tudo que sempre fizeram que ainda estando longe continuam orientando-me e guiando-me dando sempre seu exemplo, simplicidade, amizade e carinho, fundamentais na construção do meu caráter.

Ao meu esposo pela ajuda e por seu apoio incondicional em todo momento na minha vida.

Aos meus irmãos, José Armando e Amir, pelos conhecimentos e dicas importantes que contribuíram para a minha formação.

A orientadora, Niviane Genz, por seu apoio importante durante todo o período de intervenção transmitindo-me sempre os conhecimentos aprendidos durante sua vida profissional.

A todos meus colegas de equipe que foram maravilhosos, pois seu apoio incondicional permitiu atingir as metas previstas.

E a todos que de alguma forma ajudaram, agradeço por acreditarem no meu potencial, nas minhas ideias, nos meus devaneios, principalmente quando nem eu mais acreditava.

## Resumo

MACIAS, Edith Maria Savignón. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na UBS Carvalho Bastos, Camaquã/RS**. 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além de ser responsável pela doença renal crônica. Já o Diabetes Mellitus configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da hipertensão e do diabetes mellitus em todo o mundo. Assim, realizamos na Unidade Básica de Saúde Carvalho Bastos no município de Camaquã/RS, entre os meses de fevereiro e maio de 2015 uma intervenção em saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de abrangência da unidade. Foram realizadas avaliação clínica e odontológica, monitoramento por meio de exames complementares, prescrição e fornecimento de medicações disponibilizadas pela Farmácia Popular, avaliação do risco cardiovascular além de ações educativas para hipertensos e/ou diabéticos e para toda a comunidade nas dependências da unidade de saúde. Tanto nas consultas individuais quanto em momentos de informes na sala de espera da unidade foram realizadas orientações quanto à alimentação saudável, importância da manutenção de prática regular de atividade física, sobre os fatores de riscos, saúde bucal, alerta às complicações, importância do monitoramento da saúde objetivando alcançar melhoria da saúde para todos. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Segundo estimativas do Caderno de Ações Programáticas, o número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 1.341 usuários hipertensos, mas apenas temos registro em prontuários clínicos de 321 usuários com hipertensão perfazendo uma cobertura de 23,9%. Em relação ao Diabetes mellitus, a estimativa prevê 383 usuários portadores da doença, mas temos apenas 95 usuários cadastrados perfazendo 24,8% do total estimado. Mas, para a intervenção utilizamos as estimativas sugeridas pela planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS por aproximarem-se mais de nossa realidade. Assim, ao longo dos três meses da intervenção foram avaliados 45,9% (419) dos 913 hipertensos com 20 anos ou mais e 60,4% (136) dos 225 diabéticos com 20 anos ou mais estimados pela planilha. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde

na sala de espera e nas consultas individuais, bem como as ações desenvolvidas por toda a equipe da unidade foram benéficas e complementaram o atendimento garantindo melhorias na atenção a saúde do grupo acompanhado.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde no Município de Camaquã/RS, 2015.	51
Figura 2	Gráfico indicador da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde no Município de Camaquã/RS, 2015.	52
Figura 3	Gráfico indicador da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã/RS, 2015.	53
Figura 4	Gráfico indicador da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã/RS, 2015.	54
Figura 5	Gráfico indicador da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã/RS, 2015.	55
Figura 6	Gráfico indicador da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã/RS, 2015.	55
Figura 7	Gráfico indicador da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Município de Camaquã/RS, 2015.	60
Figura 8	Gráfico indicador da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Município de Camaquã/RS, 2015	61
Figura 9	Quadro demonstrativo da situação da Unidade de Saúde Carvalho Bastos no município de Camaquã/RS anterior e pós a intervenção realizada na unidade de fevereiro a maio de 2015.	71



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
OMS	Organização Mundial de Saúde
Km	Quilômetros
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica.

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	16
2 Análise Estratégica.....	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas .....	19
2.2.1 Objetivo geral .....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	19
2.3 Metodologia.....	21
2.3.1 Detalhamento das ações.....	21
2.3.2 Indicadores.....	35
2.3.3 Logística.....	42
2.3.4 Cronograma .....	45
3 Relatório da Intervenção .....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	50
4 Avaliação da intervenção .....	51
4.1 Resultados .....	51
4.2 Discussão.....	66
5 Relatório da intervenção para gestores.....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	77
Referências .....	79
Anexos .....	80

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar o Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à Unidade Básica de Saúde Carvalho Bastos, do Município de Camaquã/RS.

No primeiro capítulo será apresentado a análise situacional apresentando o município ao qual pertence a unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção e o cronograma.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto, quinto e sexto capítulo apresentarão uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, o relatório da intervenção para os gestores e o relatório para a comunidade, respectivamente.

O capítulo sete apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. E, ao final consta a bibliografia utilizada para este trabalho e os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da ação.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Carvalho Bastos está localizada no bairro Carvalho Bastos do Município de Camaquã/RS. A Unidade é grande, composta por salas de triagem, vacinas, odontologia, enfermagem, curativos, esterilização, uma cozinha, dois banheiros (um para os funcionários e outro para os usuários), uma sala de serviço e 4 consultórios médicos.

A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma secretária, uma higienizadora, uma médica clínica geral (eu). Ainda, temos atendimento de profissionais das áreas de psicologia, nutrição e odontologia. Além disso, de terça à sexta-feira há atendimento na unidade por outros clínicos gerais.

O turno de funcionamento da Unidade inicia às 7:30h estendendo-se até 16:30h, de segunda à sexta-feira. As consultas médicas e outras especialidades são agendadas previamente, mas os atendimentos de urgência são imediatos.

Todas as terças, pela manhã, a enfermeira realiza coleta de exames citopatológicos e a cada quinze dias, nas quartas-feiras realiza Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade.

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis à população de risco e às gestantes. As técnicas de enfermagem são responsáveis pela realização de curativos bem como pela triagem dos usuários que procuram a Unidade de Saúde bem como pela administração de medicamentos todos os dias.

A população total da Unidade é de aproximadamente 6.000 usuários, embora também sejam atendidos todos as pessoas, cadastradas ou não, que buscam pelo serviço. Hoje, o município não conta mais com a Estratégia de

Saúde da Família (ESF) pelo fato de ter permanecido muito tempo sem médico na unidade de saúde e, assim também os Agentes Comunitários de Saúde foram desligados do serviço, o que por sua vez compromete o elo entre equipe e comunidade.

A população é majoritariamente idosa e as doenças mais prevalentes são as doenças crônicas não-transmissíveis como Diabetes mellitus tipo I e tipo II, Hipertensão Arterial Sistêmica, hiperlipidemias, úlcera gastroduodenal, obesidade e doenças respiratórias devido à umidade da cidade.

Importante destacar que existe muita dificuldade para realização de exames laboratoriais e estudos radiológicos, pois muitas vezes o tempo de espera ultrapassa 3 meses até a realização dos mesmos e estes, muitas vezes, são imprescindíveis para a realização do diagnóstico preciso.

De forma geral, estamos muito agradecidos ao povo brasileiro por haver-nos aceitos de um jeito nobre. Por isso, nos sentimos na obrigação de dar nosso melhor trabalho para o bem estar do povo e diminuir a morbimortalidade no país.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A UBS Carvalho Bastos está situada na periferia da cidade, no município de Camaquã/RS, em uma área mista (urbana e rural) sem área de abrangência definida. O município está localizado à margem direita da Lagoa dos Patos e a margem esquerda do Rio de Camaquã, distante 127 km de Porto Alegre e possui uma população de 60.368 habitantes (IBGE, 2013).

Conta com 4 UBS tradicionais em que atuam 4 Médicos do Programa Mais Médicos. Nenhuma das UBS possui a ESF e nem Agentes Comunitários de Saúde. Por reajuste econômico do município as mesmas foram extintas.

O município possui apenas um hospital e uma Unidade de Pronto atendimento 24h que não é suficiente para o atendimento de toda a população. Entretanto, a Unidade de Saúde Carvalho Bastos conta com os serviços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, acupunturista, ginecologista, pediatra, psiquiatra, nutricionista, psicólogo, educador físico e terapeuta ocupacional. A disponibilidade das consultas com especialistas no município é insuficiente e, além disso, as

mesmas são muito demoradas levando meses até um ano para que os usuários recebam atendimento. Além da demora de realização das consultas, os exames também, muitas vezes, levam de 2 a 3 meses para que sejam realizados e outros exames mais complexos demoram muito mais.

A UBS foi construída há mais de 10 anos pelo governo Estadual com o objetivo de atuar em nível de Estratégia de Saúde da Família com duas equipes ESF abrangendo uma população aproximada de 6.000 habitantes. Em 2010, por falta de recursos financeiros a ESF foi extinta e o serviço continuou o atendimento à população em nível tradicional.

A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma secretária, uma higienizadora, uma médica clínica geral (eu). Ainda, temos atendimento de profissionais das áreas de psicologia, psiquiatria, nutrição, neurologia e odontologia. Além disso, de terça à sexta-feira há atendimento na unidade por outros clínicos gerais.

O turno de funcionamento da Unidade inicia às 7:30h estendendo-se até 16:30h, de segunda à sexta-feira. As consultas médicas e outras especialidades são agendadas previamente, mas os atendimentos de urgência são imediatos.

Todas as terças, pela manhã, a enfermeira realiza coleta de exames citopatológicos e a cada quinze dias, nas quartas-feiras realiza se Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade.

Ainda, realiza os testes rápidos de HIV e Sífilis à população de risco e às gestantes. As técnicas de enfermagem são responsáveis pela realização de curativos bem como pela triagem dos usuários que procuram a Unidade de Saúde e pela administração de medicamentos, todos os dias.

Há previsão de inauguração de uma nova unidade de saúde que contará com laboratório e atendimento de especialidades. A estrutura física da unidade distribui-se em área administrativa (sala de recepção e espera, sala de administração e gerência, almoxarifado, farmácia (pequena) e sala de prontuários); área de atendimento clínico (4 consultórios [um com banheiro], sala de procedimentos, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de curativos e sala de coleta de exames); área de atendimento odontológico (sala do consultório odontológico e escovódromo, área do compressor e bomba); área de apoio (5

sanitários, [3 para os usuários], copa e cozinha, área de serviço e depósito de material e de lixo, central de material de esterilização).

As áreas contam com boa iluminação, ventilação, higiene e organização. O tamanho não está de acordo com o exposto no Manual de Estrutura Arquitetônica das UBS, mas é aceitável. Dentro das limitações observadas, a UBS não conta com apoios como barra para os usuários com incapacidade física, não possui nos murais da Unidade o Sistema Braile, não possui sistema de senha para usuários com deficiência auditiva e visual. Diante da realidade, contata-se que será necessário o auxílio dos gestores municipais para que essas e outras dificuldades possam ser sanadas a fim de garantir melhor atendimento à esta parcela da população.

O material de trabalho também é insuficiente, pois não possuímos na unidade medicações de urgência e para doenças crônicas, negatoscópio e nem otoscópio.

O acolhimento à demanda espontânea e agendamentos é realizado pela recepcionista da unidade na sala de recepção ou pela enfermeira e/ou técnica de enfermagem, quando oportuno.

A Unidade não tinha Análise Situacional anterior nem Sistema de Informação Municipal atualizado por esta causa não temos como comparar com os dados estimativos do Caderno de Ações Programáticas

Segundo o Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS teríamos em nossa área de abrangência um total de 72 crianças menores de um ano e 144 crianças menores de 5 anos, mas não temos dados atualizados para confirmar estas estimativas.

O atendimento de puericultura é realizado pelo pediatra que oferece um atendimento de excelência, oferecendo às mães os conhecimentos adequados sobre os cuidados necessários com as crianças, prevenção de acidentes, orientações quanto a alimentação no primeiro ano de vida e em especial a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses. Não há um acompanhamento efetivo destas crianças e nem planejamento destas ações na unidade. O médico clínico geral atende a demanda de crianças e adultos que apresentam alguma intercorrência por demanda espontânea e agendamentos.

Dentre a população há uma estimativa de 1.652 mulheres entre 25 e 64 anos e de 618 mulheres entre 50 e 69 anos. Os exames citopatológicos são coletados na unidade pela enfermeira e pela médica clínica geral (eu) bem como é realizada a avaliação das mamas com solicitação dos exames mamográficos, quando recomendado, mas não possuímos nenhuma forma de registro das mulheres acompanhadas e nem um registro adequado dos resultados dos exames para monitoramento na unidade e planejamento das ações. Quando necessário, as mulheres são encaminhadas para serviços especializados para tratamento, mas não temos contra-referência dos serviços.

Ainda, segundo estimativa do CAP teria em torno de 90 gestantes e 72 puérperas em nossa área de abrangência, mas o atendimento obstétrico é realizado pelo ginecologista em um centro de especialidades. Não temos conhecimento do número de gestantes e nem de puérperas pertencentes à Unidade, pois muitas realizam o acompanhamento em clínicas privadas. No entanto, todas as crianças, gestantes e puérperas que buscam atendimento na unidade são acolhidas e atendidas e, quando necessário, encaminhadas aos serviços especializados.

Realizamos semanalmente palestras educativas objetivando controle do peso corporal, manutenção de uma alimentação saudável, estímulo à prática de atividades físicas, realização de auto-exame das mamas, orientações sobre os malefícios do tabagismo e consumo excessivo de álcool e reconhecimento dos sinais e sintomas dos cânceres de mama e de colo, pois considerando a alta incidência e morbimortalidade relacionadas a essas doenças acreditamos que é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde o desenvolvimento de ações que possibilitem a integralidade do cuidado a fim de detectar precocemente qualquer alteração garantindo uma terapêutica de qualidade e em tempo oportuno.

As Doenças Crônicas não-Transmissíveis e, especificamente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) constituem-se em um grave problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. Segundo estimativas do CAP o número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 1.341 usuários hipertensos, mas apenas temos registro em prontuários clínicos de 321 usuários com hipertensão perfazendo uma cobertura de 23,9%.



Em relação ao DM, a estimativa prevê 383 usuários com DM, mas temos apenas 95 usuários cadastrados perfazendo 24,8% do total estimado. Não há nenhuma forma de registro para monitoramento e controle na unidade quanto ao número dos usuários com as referidas patologias.

O atendimento à estes usuários é realizado pela enfermeira, pela nutricionista e pela médica clínica geral em todos os dias e turnos de funcionamento da Unidade. As consultas a estes usuários não são programadas, não existe protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e/ou DM, não existe um arquivo específico para os registros de atendimento, apenas há funcionamento do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde.

Nestes encontros realizamos ações de promoção e prevenção por meio de palestras sobre o controle do peso corporal, alimentação saudável, sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, importância da prática regular de atividades físicas com abandono do sedentarismo além de controle dos sinais vitais e glicêmicos.

A HAS e o DM apresentam altas taxas de morbimortalidade com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS).

A unidade também não tem conhecimento acerca do número de idosos pertencentes à área de abrangência, mas as estimativas segundo o CAP sugerem em torno de 819 pessoas com 60 anos ou mais dentre os aproximadamente 6.000 mil usuários pertencentes à área de abrangência da unidade. Hoje, o número de idosos está cada vez maior e necessitam de um cuidado específico. Diante disso, destaca-se a importância de intensificar o trabalho direcionado para esta população a fim de poder oferecer-lhes qualidade de vida nesta fase.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Diante da realidade apresentada percebe-se que o serviço de saúde da Unidade Carvalho Bastos no município de Camaquã/RS está totalmente desorganizado, pois não temos condições de apresentar números reais de nenhuma das ações programáticas realizadas na unidade. Apesar de contarmos com uma excelente infraestrutura e com os serviços especializados do NASF, mas não os utilizamos de forma abrangente.

Da mesma forma contamos com outras especialidades com atendimento no turno da tarde e não possuímos uma forma eficaz de registro para controle e monitoramento da população acompanhada o que diminui muito a qualidade do serviço.

Temos consciência da necessidade de aprimorar e qualificar os registros das ações realizadas para que possamos acompanhar de forma efetiva a população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil, cerca de 17 milhões são portadores de HAS, 35% da população de 40 anos ou mais e esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce, pois se estima que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

O DM também configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2013a).

A Unidade de Saúde Carvalho Bastos do município de Camaquã/RS possui um número elevado de usuários com estas doenças. Muitos ainda não são acompanhados pelo serviço, não estão cadastrados e não possuem controle adequado. Além disso, desconhecem as complicações das referidas patologias, não tem comprometimento quanto ao cumprimento da medicação tornando-a de difícil controle. Diante disso, destaca-se a importância de trabalhar esta ação, pois

promovendo a conscientização poderemos modificar estilos de vida e evitar complicações diminuindo a morbimortalidade nesta parcela da população.

Para trabalhar esta ação a Unidade conta com uma estrutura física distribuída em área administrativa (sala de recepção e espera, sala de administração e gerência, almoxarifado, farmácia (pequena) e sala de prontuários); área de atendimento clínico (4 consultórios [um com banheiro], sala de procedimentos, sala de vacinas, sala de nebulização, sala de curativos e sala de coleta de exames); área de atendimento odontológico (sala do consultório odontológico e escovódromo, área do compressor e bomba); área de apoio (5 sanitários, [3 para os funcionários], copa e cozinha, área de serviço e depósito de material e de lixo, central de material de esterilização).

A equipe de saúde atende a demanda de uma população aproximadamente de 6 mil usuários e é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma secretária, uma higienizadora, uma médica clínica geral (eu). Ainda, temos atendimento de profissionais das áreas de psicologia, psiquiatria, nutrição, neurologia e odontologia. Além disso, de terça à sexta-feira há atendimento na unidade por outros clínicos gerais.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 1.341 usuários, mas apenas temos registro em prontuários clínicos de 321 usuários perfazendo uma cobertura de 23,9%. Em relação ao DM, a estimativa prevê 383 usuários, mas temos apenas 95 cadastrados perfazendo 24,8% do total. A qualidade da atenção a saúde desta população é deficiente, não contamos com um arquivo específico para o controle e monitoramento da ação, o número de usuários com estratificação do risco cardiovascular é muito baixa, na maioria dos diabéticos não é realizada a palpação dos pulsos, pés, nem avaliada sensibilidade dos pés a fim de evitar as possíveis complicações como amputação de membros e neuropatia diabética. Os usuários apenas comparecem à unidade para trocas de receituários não sendo realizado um acompanhamento efetivo segundo recomendação do Ministério da Saúde.

Diante deste contexto, verifica-se a necessidade da realização de uma intervenção objetivando a melhoria da qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A equipe de saúde está comprometida com o trabalho de intervenção a fim de que esta seja inserida na rotina da unidade. As principais

dificuldades e limitações existentes na unidade são a falta de estratégias de saúde e Agentes Comunitários de Saúde necessários para a busca de usuários, cadastramento e ações de promoção e prevenção importantes na intervenção.

Com a intervenção pretendemos ampliar a cobertura e qualidade da atenção, realizar exames clínicos adequados, estratificação de risco em todos os usuários cadastrados e promover saúde por meio de atividades de promoção em saúde garantindo orientações adequadas para qualificar a atenção à saúde desta parcela da população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na UBS Carvalho Bastos, Camaquã/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3 –** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4 –** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5 –** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6 –** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na Unidade Básica de Saúde Carvalho Bastos do município de Camaquã/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à unidade de saúde.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1** - Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** – Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade as pessoas com hipertensão cadastradas, atualizando os registros por meio de busca nos prontuários do número de usuários cadastrados, obtendo também dados na Secretaria de Saúde e cadastrando todos os usuários que comparecerem para uma consulta na unidade e que ainda não são cadastrados. Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade junto às fichas-espelho, mensalmente, para garantir a realização do exame clínico apropriado em cada consulta tanto pelo médico como pelo enfermeiro e outras especialidades.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS diabetes mellitus e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde bem como material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos (antigo Hiperdia<sup>1</sup>) para tanto na consulta médica, como na de enfermagem todos possam realizar o exame clínico aos usuários seguindo os protocolos, de acordo com a periodicidade recomendada e o usuário deverá ser lançado no livro de registros criado pela equipe de saúde para monitoramento. A equipe deverá ser capacitada para estar preparada para realizar acolhimento e coletar a maioria de dados possível, pois se acredita que o acolhimento é fundamental para ganhar a confiança do usuário e poder atuar junto a ele de forma adequada. Manteremos a revisão mensal dos equipamentos para garantir o funcionamento adequado dos

---

<sup>1</sup>O HIPERDIA destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os usuários cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS. Atualmente, está sendo substituído pelo e-SUS.



mesmos. Registrar os medicamentos utilizados pelos usuários do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos para conhecer suas reais necessidades. Combinar com a Secretaria de Saúde para disponibilizar a versão atualizada dos protocolos.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Ofereceremos ações de educação em saúde para os usuários por meio de conversas na sala de espera da unidade referente aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e da importância da avaliação periódica adequada para os portadores destas patologias e explicando sobre o tema detalhadamente em cada consulta médica e de enfermagem. Também daremos informação para os usuários nas consultas sobre o acesso as medicações nas farmácias populares. Imprimiremos folhetos informativos e distribuiremos a todos os usuários além de verificar a pressão arterial em todos os usuários maiores de 18 anos explicando sobre os fatores de risco.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para a tomada de medida criteriosa da pressão arterial bem como para a realização do exame clínico adequado e como orientar ao usuário sobre as alternativas de acesso aos medicamentos. Realizar também debates nas reuniões da equipe sobre tratamento da Hipertensão arterial e diabetes mellitus atualizado.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1** – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2** – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade junto às fichas-espelho de cada usuário para verificar a realização ou não do exame clínico apropriado garantindo a sua realização na próxima consulta caso não tenha sido realizado ainda.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos quanto à realização de exame clínico ficando a médica especializanda responsável pela tarefa bem como capacitar os demais membros da equipe para que todos sejam capazes de o realizar adequadamente. Solicitaremos junto ao gestor a disponibilização dos protocolos atualizados para a unidade.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes mellitus sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** Por meio de palestras, conversas e informes semanais na unidade e no meio comunitário informar a todos sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes mellitus sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará aos membros da equipe durante as reuniões da equipe para a realização do exame clínico apropriado.

**Meta 2.3 –** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4 –** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade verificando junto às fichas-espelho quais são os usuários que ainda não realizaram os exames laboratoriais recomendados para o período.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos para solicitação dos exames ficando a médica especializanda com a responsabilidade de coordenar. Garantir junto ao gestor a agilidade para marcação e realização dos mesmos.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Ofereceremos ações de educação em saúde para os usuários por meio de palestras, conversas e informes na própria unidade e na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** Nas reuniões da equipe semanalmente realizaremos capacitações para que toda a equipe saiba como solicitar os exames. A médica especializanda será responsável pela atividade.

**Meta 2.5 –** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6 –** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular pelos usuários com atualização constante da lista de medicamentos disponibilizados na unidade.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem será responsável pelo monitoramento dos medicamentos, semanalmente.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** Ofereceremos ações de educação em saúde para os usuários por meio de palestras, conversas e informes na própria unidade e na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão do diabetes mellitus e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para que todos conheçam as alternativas para aquisição dos

medicamentos necessários para o tratamento adequado de hipertensão e/ou diabetes mellitus.

**Meta 2.7** – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8** – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Avaliação semanal será realizada pelo odontólogo em conjunto com a equipe de saúde da unidade às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O odontólogo da unidade será o responsável pela avaliação do atendimento odontológico mantendo um agendamento para os usuários do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos para que todos os acompanhados possam ser avaliados adequadamente quanto às suas necessidades.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde por meio de palestras, conversas informais na sala de espera e distribuição de folders informativos sobre o tema na própria unidade e na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Nas reuniões da equipe semanalmente o odontólogo será convidado a realizar capacitações para a equipe sobre avaliação da necessidade

de atendimento odontológico em pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1** – Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** – Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** Monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade as fichas-espelho e a agenda com periodicidade semanal em busca dos usuários faltosos às consultas previstas e convidá-los, por meio de contato telefônico, a agendarem uma nova avaliação.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe encarregando principalmente a recepcionista para controlar o agendamento priorizando atendimento aos usuários faltosos à consulta.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Ofereceremos ações de educação permanente em saúde à população por meio de conversas nas consultas sobre a importância de realizar as mesmas e a importância de assistir com a periodicidade adequada, para fazer o correto seguimento do tratamento evitando complicações das doenças.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Nas reuniões da equipe, semanalmente, a médica especializanda realizará orientações nas reuniões da equipe sobre como orientar aos usuários referente a periodicidade das consultas.

**Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1 –** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2 –** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados, atualizando semanalmente os registros por meio da revisão da ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, implantando uma ficha-espelho para monitorar todos os usuários, preenchendo a mesma por ocasião da primeira consulta e mantê-la atualizada nas consultas posteriores. Os responsáveis pelo monitoramento serão a enfermeira e a médica especializanda. Conversar referente a este tema nas reuniões da equipe.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Orientar sobre o assunto ao final de palestras em bairros comunitários, na própria unidade e em encontros de grupos quanto aos direitos

em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para preenchimento de registros e procedimentos clínicos de forma adequada.

**Objetivo 5** – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1** – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos e/ou diabéticos para controle de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano por meio da verificação na ficha-espelho de cada usuário.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, primeiramente priorizando o atendimento aos usuários de alto risco.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular da hipertensão e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).



**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a importância da manutenção de um acompanhamento criterioso para as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus por meio de debates e conversas com os próprios usuários e comunidade em geral quanto aos temas, comunicar em cada consulta médica aos usuários sobre seu nível de risco e a importância de seu acompanhamento para evitar complicações, pedir apoio para a nutricionista no aspecto da modificação da alimentação, distribuir folhetos informativos sobre como manter uma alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo destes usuários e treinar a equipe para realizar a estratificação de risco e conhecer as estratégias para controlar os fatores de riscos modificáveis e realizar conversas nas reuniões da equipe sobre o registro da avaliação e controle desses fatores.

**Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 6.1 –** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2 –** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade por meio da verificação dos registros em ficha-espelho quanto à realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, anotando os que ainda não receberam as mesmas.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, primeiramente priorizando organizar agenda junto ao gestor solicitando a parceria de um profissional nutricionista para nos acompanhar em palestras sobre as práticas de alimentação saudável.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; mediante por meio de palestras, conversar e informes na própria unidade e na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Capacitar à equipe de saúde em reuniões semanais na unidade sobre práticas alimentares saudáveis convidando um profissional da área para explicar sobre o assunto

**Meta 6.3 –** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4 –** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade por meio da verificação dos registros em ficha-espelho quanto à indicação e orientação quanto à importância da realização de práticas regulares de atividade física às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, anotando os que ainda não as receberam para posteriormente realizá-las por ocasião da próxima consulta.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, primeiramente priorizando organizar agenda junto ao gestor solicitando a parceria de um profissional educador físico para organizar práticas desportivas junto à comunidade melhorando a qualidade de vida dos usuários.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; mediante informes semanais em sala de espera fornecido pelos membros da equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade sobre a importância da realização de práticas regulares de atividade física convidando um profissional da área para isso.

**Meta 6.5 –** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6 –** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade por meio da verificação dos registros em ficha-espelho quanto a orientação sobre riscos do tabagismo e da importância do abandono deste vício às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, anotando os que ainda não as receberam para posteriormente realizá-las por ocasião da próxima consulta.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, primeiramente priorizando organizar agenda junto ao gestor solicitando a parceria de um profissional capacitado como um psicólogo para poder acompanhar aos usuários na decisão do abandono do tabagismo.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Abandono o tabagismo; mediante palestras realizadas no meio de informes disponibilizados na própria unidade como folders.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde em reuniões semanais na unidade para que possam dar orientações seguras quanto ao tratamento para o abandono do tabagismo.

**Meta 6.7 –** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8 –** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade sobre a disponibilização de orientações quanto à higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus monitorando pelos registros efetuados na ficha-espelho de cada usuário, semanalmente Esta ação será de responsabilidade da médica especializanda junto à enfermeira da unidade.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa Atenção Odontológica, primeiramente organizando tempo médio de consultas com a finalidade de realizar uma avaliação pormenorizada da saúde bucal após capacitação pelo odontólogo e realizar encaminhamento para avaliação do profissional da área em caso de qualquer suspeita de alterações.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a importância da higiene bucal convidando um odontólogo para palestrar sobre o tema nas atividades propostas para a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde por meio de capacitação realizada pelo odontólogo para que todos possam reconhecer as afecções mais comuns da cavidade oral e imediatamente fornecer orientações adequadas em cada caso.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2 –** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3 –** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4 –** Melhorar o registro das informações.



**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5 –** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6 –** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

#### **Sobre adoção de protocolo e ficha-espelho:**

Para realizar a intervenção no programa de atenção ao usuário Hipertenso e/ou Diabético adotaremos o Protocolo de atendimento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Também utilizaremos os prontuários clínicos e a ficha-espelho do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos (HIPERDIA) disponível no município. Essa ficha não prevê a coleta de informações sobre saúde bucal, dados relativos à estratificação de risco cardiovascular ou acompanhamento por outras especialidades.

Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção utilizaremos a ficha-espelho (**Anexo C**) disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 60% das pessoas com Hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar as fichas-espelho necessárias e as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (**Anexo B**).

#### **Sobre organização do registro específico:**

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registros identificando todos os Hipertensos e Diabéticos que vieram ao serviço para atendimento no Programa nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários clínicos destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o

monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, estratificação de risco cardiovascular realizado ou acompanhamento por outras especialidades.

**Para capacitar a equipe (Qualificação da prática clínica):**

Iniciaremos a intervenção com a capacitação sobre o Protocolo de atendimento a usuários portadores de HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referência na atenção a estes usuários. Esta capacitação ocorrerá na UBS, uma vez por semana durante 1h em que serão estudadas todas as partes do protocolo. A equipe também será capacitada para verificação de pressão arterial de forma criteriosa e realização de hemoglicoteste, realização de exame clínico adequado, bem como orientar aos usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos na Farmácia, orientar quanto às consultas e sua periodicidade, realização de estratificação de risco e estratégias para o controle de fatores de risco e sobre prática de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física, tabagismo e orientações sobre saúde bucal. Cada membro da equipe estudará o tema a tratar e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Os responsáveis por esta atividade serão o médico e a enfermeira.

**Para ação de acolhimento (Organização e gestão dos serviços):**

O acolhimento dos usuários será feito pela técnica de enfermagem. Além disso, será verificada a pressão arterial em todos os usuários acima de 18 anos que comparecerem à unidade, será registrado em uma folha de controle de pressão arterial e os casos que necessitarem de uma avaliação serão agendados para consulta médica. Para acolher aos usuários faltosos não há necessidade de alterar a organização da agenda, pois estes serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

Para agendar casos novos serão reservados 6 consultas na semana. Será mantido contato com o gestor para fornecer revisão mensal de esfigmomanômetros, manguitos e do aparelho de hemoglicoteste. O enfermeiro semanalmente registrará a todos os usuários cadastrados no livro de registros do programa. Será solicitado ao gestor a impressão da versão atualizada do protocolo de atendimento às pessoas com Hipertensão e/ou com diabetes mellitus.

**Para sensibilizar a comunidade (Engajamento público):**

A comunidade será informada por meio de palestras no meio sobre a existência do programa, sobre a importância de verificar pressão arterial em pessoas a partir de 18 anos pelo menos anualmente e sobre a importância da realização de hemoglicotestes em usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, esclareceremos aos portadores de hipertensão e/ou diabetes sobre a periodicidade preconizada das consultas, seu nível de risco e a importância de um acompanhamento regular, esclarecer a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tabagismo e orientações sobre saúde bucal. Solicitaremos o apoio da comunidade e dos representantes de moradores que será mantido contato mensal na UBS sendo apresentado a eles o projeto de intervenção esclarecendo a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Os responsáveis desta tarefa serão a médica especializanda e a enfermeira.

**Monitoramento e avaliação da ação:**

Para monitoramento e avaliação da ação programática semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários acompanhados identificando aqueles que estão com cadastramento, consultas, exames clínicos, estratificação de risco cardiovascular em atraso e orientações nutricionais, atividade física, tabagismo e higiene bucal realizada. A secretária da unidade fará busca ativa dos usuários em atraso por via telefônica, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica disponibilizada pelo curso.







### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

No início da Intervenção como não existia cadastro atualizado da população pertencente à área de abrangência da unidade devido a não existência de Programa de Saúde da Família (PSF) a Unidade não tinha Análise Situacional anterior nem Sistema de Informação Municipal atualizado a mais de quatro anos, começamos a trabalhosa tarefa de identificar os usuários que fariam parte da intervenção que à priori foi organizada para 16 semanas, mas foi reduzida para 12 semanas em virtude do período de férias da especializanda durante o período da intervenção a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido com a Universidade, sem prejuízo das ações. Para isso foi fundamental a ajuda de todos os membros da equipe.

Foram realizadas quatro semanas de capacitação sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e sobre o funcionamento do programa, além de realizada a impressão para disponibilização na unidade da literatura que serviu para embasamento; houve a participação de todos os funcionários da UBS, todos juntos puderam interatuar, debater e tirar dúvidas, tornando a atividade bastante proveitosa e mostrando um alto comprometimento com o programa. Também, passamos a realizar reuniões de equipe ao final do turno, uma vez na semana (a partir das 15h, mantendo a unidade aberta para atendimento de urgência e/ou emergência), para discutir e sistematizar as atividades que seriam veiculadas aos usuários. Essas reuniões foram muito produtivas, pois não havia esse hábito anterior à intervenção e que agora certamente perdurará, uma vez que em discussão junto à equipe muitas situações podem ser resolvidas e decisões podem ser tomadas de forma a agilizar e melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

Por meio do registro dos usuários pertencentes aos grupos de HAS e/ou DM da unidade iniciamos o cadastramento, foram impressas as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso e não as do município e foi organizado um arquivo específico. Este arquivo está disponível na sala da enfermagem, organizado por grupo. Todos os usuários considerados participantes da intervenção e os casos novos que foram atendidos clinicamente receberam adesivos indicativos nos seus prontuários (vermelho com a sigla HAS e azul com a sigla DM), para facilitar o trabalho das técnicas em enfermagem; estas fichas sempre foram entregues à médica juntamente com o prontuário, no momento da consulta. Somente foram adicionados à planilha de coleta de dados do curso os usuários que passaram por avaliação da equipe de saúde durante a intervenção.

Assim, foram avaliados 428 usuários nestas 12 semanas, destes 419 eram hipertensos e 136 diabéticos. Apesar de ser um resultado positivo não conseguimos atingir a meta proposta inicialmente com o grupo de hipertensos, pois atingimos 45,9% das pessoas com hipertensão pertencentes à unidade. No entanto, a população com Diabetes mellitus teve a meta proposta alcançada. No decorrer da intervenção mantivemos contato com vários setores da comunidade (Grupo cultural “Olhos do Mundo”, com líderes do conselho da saúde da comunidade, Grupo de idosos e uma representação de jovens). O contanto com todos os usuários atendidos até o presente momento aconteceu na própria UBS, pela ausência do Programa de ESF e dos ACS para a realização de visitas domiciliares.

O atendimento clínico neste período melhorou muito principalmente porque para os atendimentos foram utilizados os protocolos de atendimento para doenças crônicas. Dentre os obstáculos encontrados na primeira semana destaca-se a incompletude das fichas-espelho devido à falta de recursos na Secretaria, mas foram fornecidas pelo gestor na segunda semana. No transcorrer do projeto tivemos dificuldades com 103 usuários faltosos que por encontrarem-se trabalhando ou por situações pessoais não compareceram à consulta programada, mas foram recuperamos por via telefônica com agendamento de um horário de acordo com sua disponibilidade para a realização da consulta.

A maior dificuldade apresentada residiu no fato da redução do tempo da intervenção associada a não continuidade da mesma por parte da equipe durante

meu período de férias, pois assim não foi possível alcançar a meta proposta de 60% de hipertensos e/ou diabéticos. O atendimento odontológico aconteceu durante todas as semanas garantindo boa interação entre odontólogo e população contando sempre com material suficiente para cada atendimento. Contamos também com o apoio da nutricionista da unidade que ofereceu palestras sobre alimentação saudável, controle de peso e diminuição da ingestão de sal e a importância da prática de atividade física regular para a comunidade e para a equipe de trabalho, sendo estas de muita ajuda e satisfação para todos.

Durante as reuniões e consultas, foram realizadas conversas com os usuários sobre hábitos de vida saudável e sobre a patologia em si, também houve o preenchimento das fichas-espelho, aferição dos sinais vitais, solicitação de exames e readequação (com esclarecimento) das medicações. Em relação a isto, tive certa resistência por parte de alguns usuários quanto à substituição das medicações, principalmente àquelas prescritas no sistema privado mais mediante conversas e explicações sobre os benefícios e os resultados positivos destes medicamentos pudemos prescrever a todos as medicações da farmácia popular. Uma ação muito importante, iniciada no primeiro mês da intervenção e que perdura, foi a reserva de uma consulta/turno para agendamentos/retornos. Esse agendamento pode ser solicitado por qualquer membro da equipe, quando constatada a necessidade de avaliação médica.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Conforme relato acima, a maioria das ações previstas foram desempenhadas mesmo com algum nível de dificuldade como, por exemplo, a falta de dados cadastrais da população adstrita que somou negativamente para que a meta de cobertura do programa para hipertensos não fosse atingida e a falta de gestão da Secretaria e prefeitura do município para a formação novamente do Programa de Saúde da Família além da redução das semanas do projeto de intervenção e a não continuidade da intervenção pela equipe com avaliação de novos usuários no período.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Encontramos dificuldade na coleta do indicador relativo aos exames complementares, pois muitos usuários faziam os exames, mas não apresentavam ao médico e outros mostravam apenas ao seu médico particular, ficando algumas vezes incompleto os dados relativos aos exames complementares, o que diretamente inviabilizava o cálculo do escore de risco cardiovascular.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Na tentativa de avaliar como estava a atuação da equipe em relação à intervenção, foram entregues as fichas-espelho (com as instruções) para a técnica de enfermagem e para a enfermeira para que realizassem o preenchimento das novas fichas dos novos usuários fornecendo informações e identificando os que tinham exames em atraso e receitas desatualizadas.

Portanto, a intervenção certamente foi positiva, pois houve incorporação das ações às atividades rotineiras da unidade, sendo possível a união de todos os membros da equipe para oferecer apoio incondicional a todos os usuários em relação a sua doença aumentando assim o conhecimento acerca da patologia e ofertando-lhe a possibilidade da melhoria da qualidade de vida por meio da mudança de estilos de vida que até o momento eram inadequados e não saudáveis.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção teve como objetivo a melhoria na Atenção à saúde de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus com idade acima de 20 anos. Após 12 semanas de atuação do projeto, alcançamos 45,9% (419) dos hipertensos e 60,4% (136) dos diabéticos pertencentes à área de abrangência da Unidade. A população total da área adstrita é de, aproximadamente 6.000 pessoas. Destes, segundo estimativa da planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), aproximadamente 913 são hipertensos e 225 são diabéticos. A intervenção teve como foco principal os usuários hipertensos e diabéticos não cadastrados no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Ao longo dos 3 meses de intervenção, observou-se ascensão do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos conforme **Figuras 1 e 2**, sendo que no 1º mês tínhamos 138 (15,1%) hipertensos cadastrados e 32 (14,2%) diabéticos, ao 2º mês 272 (29,8%) hipertensos e 64 (28,4%) diabéticos, ao 3º mês 419 (45,9%) hipertensos e 136 (60,4%) diabéticos.

A meta para este indicador era ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na unidade de saúde. A UBS Carvalho Bastos tem uma estimativa de 913 hipertensos. Ao iniciar a intervenção apenas 321 (35%) estavam cadastrados no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Ao longo da intervenção mais 419 foram cadastrados (45,9%) conforme **Figura 1**. Portanto, a meta prevista de 60% não foi alcançada, mas ao somarmos com os já acompanhados alcançamos 80% da população hipertensa. A continuidade do programa ampliará ainda mais o acompanhamento desta população alvo.

A ação que mais auxiliou ao cadastramento dos hipertensos da área adstrita foi à procura nos prontuários e nos dados arquivados pela secretaria de saúde, além de todo usuário que chegava à consulta para atendimento e não tinha cadastramento.

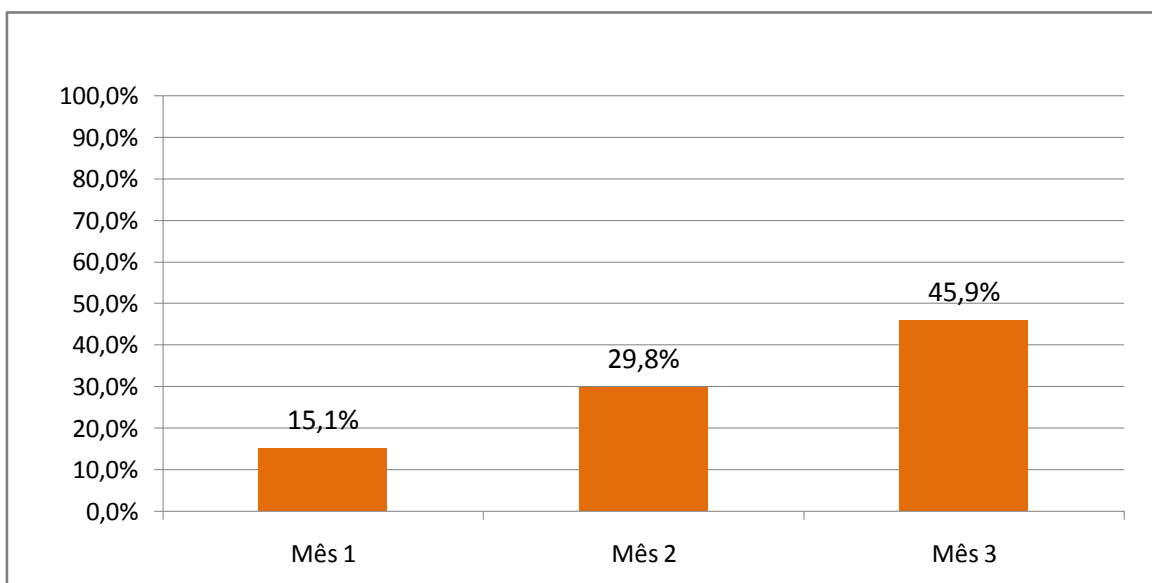


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde no Município de Camaquã, RS, 2015.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A UBS Carvalho Bastos tem uma estimativa de 225 diabéticos. Ao iniciar a intervenção apenas 95 (42%) estavam cadastrados no Programa de atenção à

saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Ao longo da intervenção mais 136 foram cadastrados e com isso atingimos a meta prevista de 60% conforme a **Figura 2**. Ao somarmos aos já acompanhados alcançamos a 100% do total. Também verificamos que a estimativa foi superada aumentando o número total de diabéticos da área adstrita para 231. A continuidade do programa ampliará ainda mais o acompanhamento desta população alvo.

A ação que mais auxiliou ao cadastramento dos usuários diabéticos da área adstrita foi a procura nos prontuários e nos dados arquivados pela secretaria de saúde, além de todo usuário que chegava à consulta para atendimento e não tinha cadastramento.

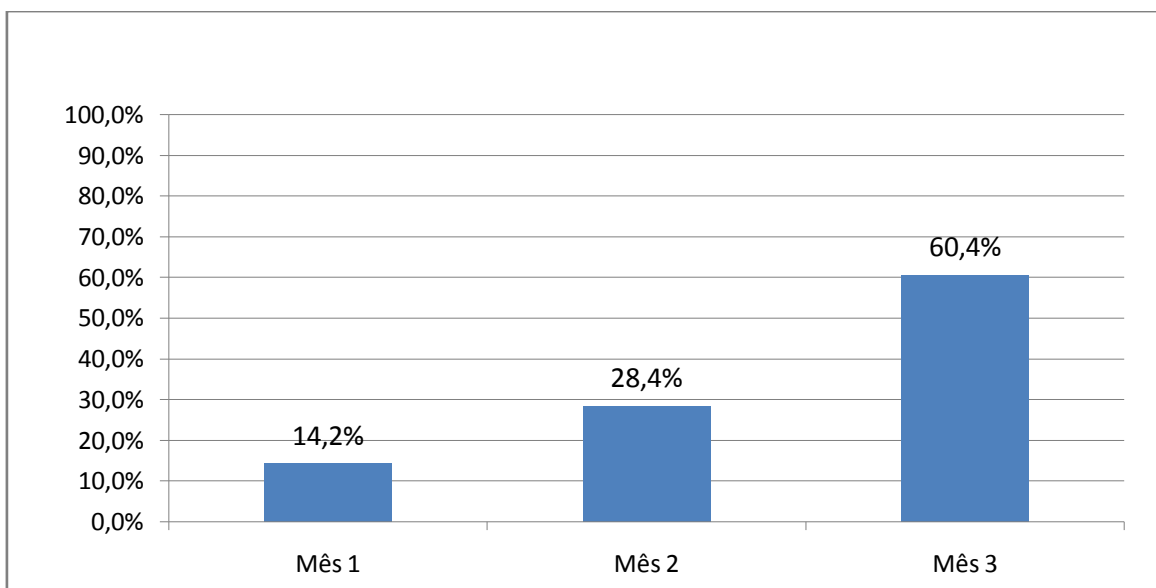


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde no Município de Camaquã, RS, 2015.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Em relação aos usuários com exames clínicos apropriados de acordo com o protocolo de atendimento no Programa de atenção à saúde dos hipertensos

e/ou diabéticos, ao início da intervenção 245 hipertensos (76%) tinham exames apropriados. Os demais 353 usuários hipertensos foram examinados adequadamente ao longo da intervenção. Assim, a porcentagem de hipertensos com exames clínicos adequados no 1º mês foi 115 (81,9%), no 2º mês 206 (75,7%), no 3º mês 353 usuários (84,2%) conforme **Figura 3**.

Em relação aos usuários diabéticos com exames clínicos apropriados de acordo com o protocolo de atendimento no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, ao início da intervenção 82 diabéticos (86%) tinham exames apropriados. Conforme **Figura 4**, ao longo da intervenção mais 115 foram examinados adequadamente. Assim, a porcentagem de diabéticos com exames clínicos adequados no 1º mês foi 28 (87,5%), no 2º mês 43 (67,2%), no 3º mês 115 (84,6%).

Foi possível realizar exames clínicos apropriados aos usuários, porque no início da intervenção capacitamos a equipe de saúde por um período de 4 semanas sobre o atendimento clínico combinando com a Secretaria de Saúde para manter uma versão atualizada dos protocolos de atendimento na Unidade sempre que houver uma nova publicação, além durante meu período de férias (6 semanas) a equipe de saúde na unidade não conseguiu fazer todos os exames clínicos necessários pois a demanda de usuários foi muito grande e outros integrantes da equipe também saíram de férias impossibilitou o trabalho para atingir a meta prevista.

A meta para este indicador seria realizar exames clínicos em dia a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos, portanto não foi atingida. Com a concretização do projeto na rotina da UBS e da comunidade, espera-se que a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com realização de exame clínico adequado alcance a meta proposta de 100%.



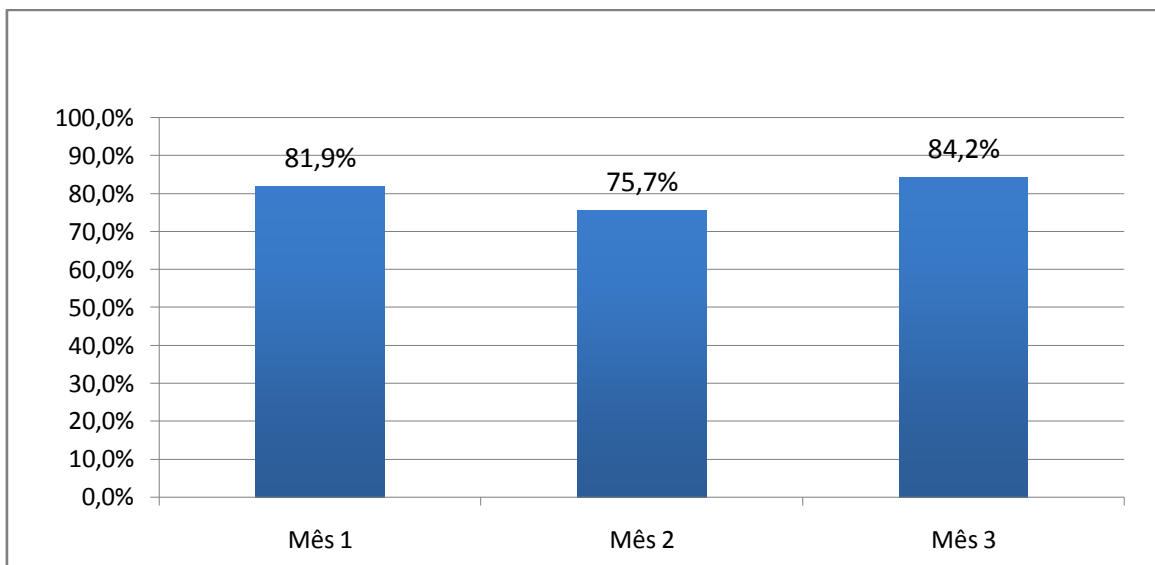


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã, RS, 2015.

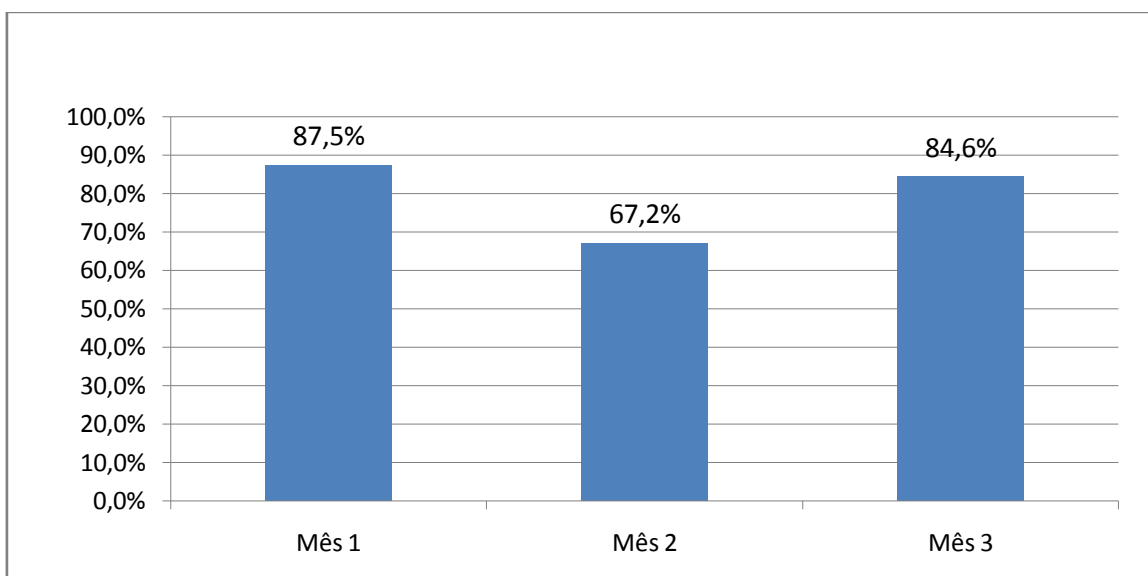


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã, RS, 2015.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à meta de garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo para os hipertensos do Programa, no início da intervenção no 1º mês 138 (100%), no 2º mês 264 (97,1%), no 3º mês 405 (96,7%) hipertensos realizaram exames laboratoriais em dia, conforme dados apresentados na **Figura 5**.

Já em relação aos diabéticos, conforme apresentado na **Figura 6**, no 1º mês 32 (100%) realizaram exames complementares em dia, no 2º mês 56 (87,5%) realizaram exames complementares em dia, no 3º mês 122 (89,7%) diabéticos realizaram laboratoriais em dia.

A meta prevista para estes indicadores era garantir a realização de exames complementares em dia a 100% de hipertensos e/ou diabéticos do programa, mas não foi atingida, pois os exames complementares são realizados na Secretaria de Saúde do município e demoram muito para serem agendados e realizados durante o meu período de férias (6 semanas) a equipe de saúde da unidade não conseguiu fazer todos os exames clínicos necessários, pois a demanda de usuários foi muito grande e outros integrantes da equipe também saíram de férias pós o meu retorno o que também impossibilitou o trabalho para atingir a meta prevista, e associado a isso o fato dos exames complementares serem realizados na Secretaria de Saúde do município e demorarem muito para serem agendados e realizados. Apesar disto, a equipe considerou o resultado satisfatório, pois além de não ter os recursos necessários conseguimos grande número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais em dia. Com a continuidade do projeto espera-se ajuda do gestor do município para regularidade no trabalho dos laboratórios clínicos pelo SUS e melhor disponibilidade para conseguir atingir esta meta.

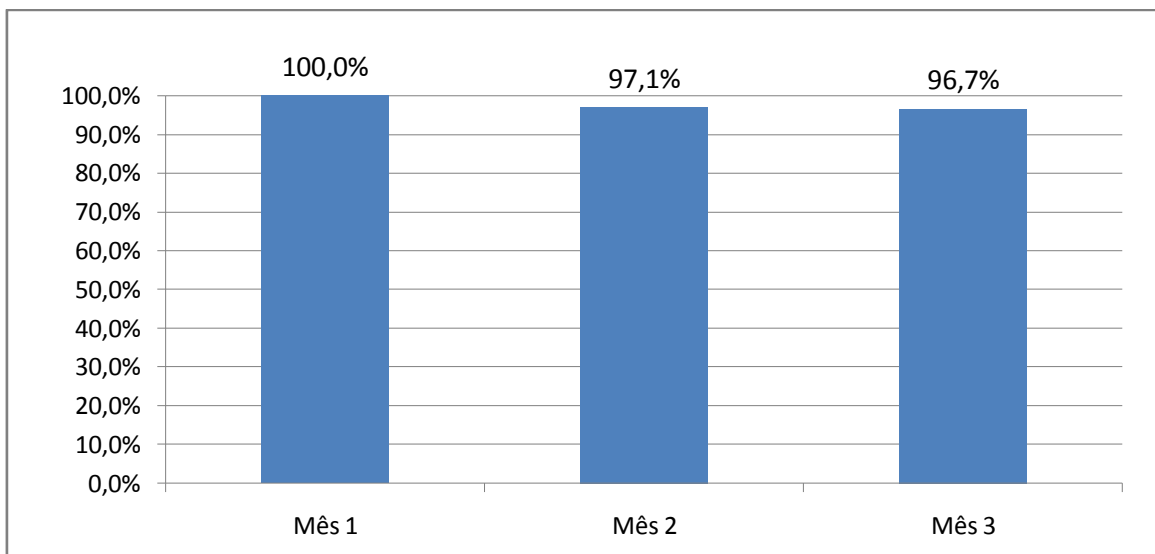


Figura 5 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã, RS, 2015.

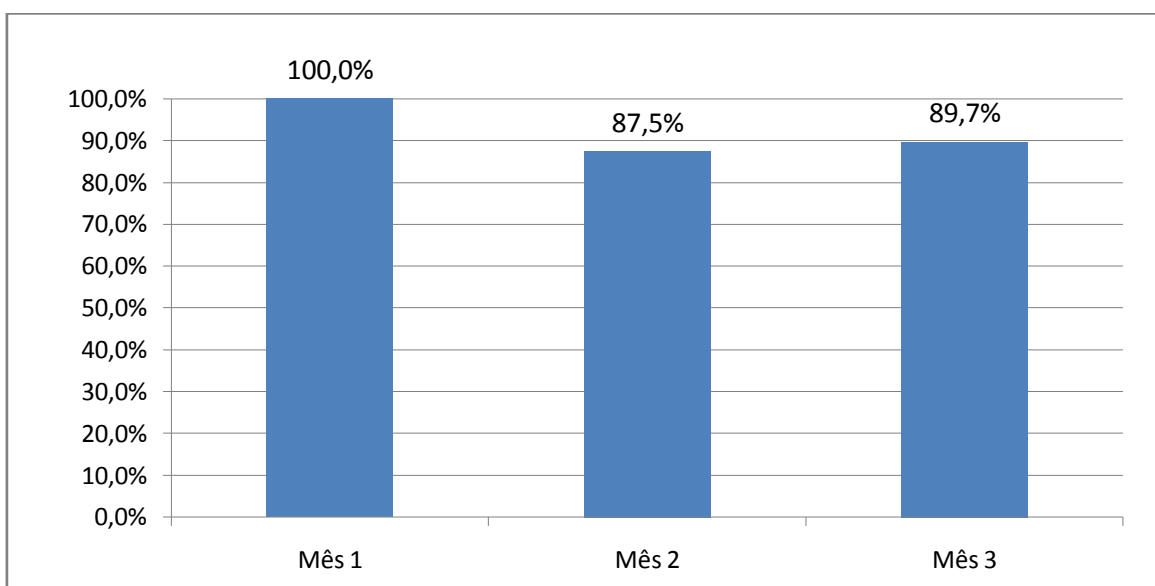


Figura 6 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Município de Camaquã, RS, 2015.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

No começo da intervenção os 321 usuários hipertensos já cadastrados recebiam frequentemente os medicamentos na Farmácia Popular priorizada. Ao longo da intervenção os 419 usuários novos cadastrados também receberam medicamentos na Farmácia pelo SUS. Assim, no 1º mês 138 (100%) hipertensos receberam seus medicamentos, no 2º mês 272 (100%), no 3º mês 419 (100%).

Em relação aos usuários diabéticos, no começo da intervenção 98 diabéticos já eram cadastrados e continuaram a receber frequentemente os medicamentos na Farmácia Popular priorizada. Ao longo da intervenção mais 136 usuários cadastrados também passaram a receber medicamentos na Farmácia pelo SUS. Assim, no 1º mês 32 (100%) hipertensos receberam seus medicamentos, no 2º mês 64 (100%), e no 3º mês 136 (100%).

A ação que contribuiu para que os usuários passassem a fazer uso dos medicamentos disponibilizados na farmácia popular, apesar da resistência inicial de alguns, foi porque durante as consultas todos foram orientados e informados sobre a qualidade dos medicamentos e a facilidade de acesso às medicações junto às farmácias populares além de alternativas para obtê-los caso não estivessem disponíveis na farmácia popular.

A meta para estes indicadores era priorizar e garantir a prescrição de medicamentos controlados a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos do programa. Portanto, meta atingida.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Entre os hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no 1º mês 138 (100%), no 2º mês 272 (100%), no 3º mês 419

(100%) a receberam. A meta para este indicador era manter 100% das avaliações para atendimento odontológico. A meta foi atingida.

Entre os diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no 1º mês 32 (100%), no 2º mês 64 (100%), no 3º mês 136 (100%). A meta para este indicador era manter 100% das avaliações por atendimento odontológico. A meta foi atingida.

A ação que contribuiu para alcançar 100% destas metas foi o apoio e participação da equipe (dentista, técnica de odontologia, enfermeiro e médica) em que foram realizadas importantes discussões da equipe com a população sobre temas relacionados com a escovação adequada, alimentação saudável, sobre a continuidade de atendimento e as principais complicações bucais que poderiam apresentar além do atendimento programado de acordo com o cadastramento e registro prévio.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Dentre o total de hipertensos cadastrados durante a intervenção, 71 faltaram às consultas programadas, sendo realizada a busca ativa com êxito durante as 12 semanas da intervenção. Ao longo da intervenção no 1º mês, tivemos 25 (100%) hipertensos faltosos recuperados na busca ativa, no 2º mês 49 (100%), no 3º mês 71 (100%).

Dentre o total de diabéticos cadastrados durante a intervenção, 32 faltaram às consultas programadas, sendo realizada a busca ativa com êxito durante as 12 semanas da intervenção. Ao longo da intervenção no 1º mês, tivemos 4 (100%) diabéticos faltosos, recuperados por busca ativa, no 2º mês 20 (100%), no 3º mês 32 (100%).

Todos foram recuperados por busca ativa via telefônica, pois a unidade não conta com ACS. Esses dados demonstram um desempenho excelente com as buscas ativas aos usuários faltosos no decorrer do desenvolvimento do projeto. Além disso, os dados totais demonstram a relevância das buscas existentes e afirmam a positividade do programa com um cuidado a mais com os usuários faltosos garantido pelo princípio de equidade do SUS.

No transcurso da intervenção reuniões da equipe foram realizadas para priorizar os agendamentos aos faltosos. Nas consultas foram realizadas discussões sobre a importância de realizar o atendimento periódico e correto, evitando complicações das doenças.

A meta para estes indicadores era fazer busca ativa para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas. Portanto, metas atingidas.

**Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Entre os hipertensos cadastrados na intervenção, todos ficaram com registro adequado na ficha de acompanhamento. No 1º mês 138 (100%) hipertensos tinham fichas de acompanhamento adequadas, no 2º mês 272 (100%), no 3º mês 419 (100%). A meta para este indicador era manter 100% de registro adequado nas fichas de acompanhamento dos hipertensos cadastrados na unidade. A meta foi atingida.

Entre os diabéticos cadastrados na intervenção, todos ficaram com registro adequado na ficha de acompanhamento. No 1º mês 32 (100%) diabéticos tinham fichas de acompanhamento adequadas, no 2º mês 64 (100%), no 3º mês 136 (100%). A meta para este indicador era manter em 100% o registro adequado nas fichas de acompanhamento dos diabéticos cadastrados na unidade e, desta forma, a meta foi atingida.

A ação que contribuiu para que os hipertensos e/ou diabéticos tivessem o registro adequado nas fichas de acompanhamento foi a revisão periódica semanal do registro do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos monitorado pela enfermeira e médica.

**Objetivo 5** – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Ao início da intervenção 150 hipertensos (47%) já cadastrados tinham estratificação de risco cardiovascular apropriado de acordo com o protocolo de atendimento no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Conforme a **Figura 7**, no 1º mês 41 (29,7%) hipertensos tinham estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no 2º mês 110 (40,4%) tinham em dia a estratificação, no 3º mês 219 (52,3%), tinham corretamente a estratificação de risco cardiovascular de acordo com o protocolo de atendimento no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

Em relação aos diabéticos, ao início da intervenção, conforme a **Figura 8** 68 (72%) já cadastrados tinha estratificação de risco cardiovascular apropriado de acordo com o protocolo de atendimento no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. No 1º mês 11 (34,4%) diabéticos tinham estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no 2º mês 25 (39,1%) tinham em dia a estratificação, no 3º mês 85 (62,5%), tinham corretamente a estratificação de risco cardiovascular de acordo com o protocolo de atendimento no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

A meta proposta foi realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade, portanto não foi

atingida a meta. No entanto, considerou-se o resultado satisfatório devido ao número de hipertensos e/ou diabéticos que conseguiram realizar os exames para cálculo da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. A meta proposta em realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade não foi atingida devido ao fato que durante o período de férias (6 semanas) da especializanda a equipe de saúde não conseguiu manter a realização da estratificação de risco cardiovascular, pois a demanda de usuários foi muito grande neste período e, além disso, alguns dos outros integrantes da equipe também saíram de férias impossibilitando atingir a meta prevista. No entanto, espera-se que com a concretização da intervenção à rotina da Unidade a proporção de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular seja realizada para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço.

Os resultados alcançados são decorrentes das capacitações realizadas à equipe de saúde por um período de 4 semanas sobre como realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvos, em que se priorizou o agendamento de usuários com alto risco cardiovascular. Além disso, nas consultas médicas os usuários foram orientados sobre a importância de um acompanhamento adequado com apoio nutricional, no sentido de modificação da alimentação para assim evitar complicações futuras.

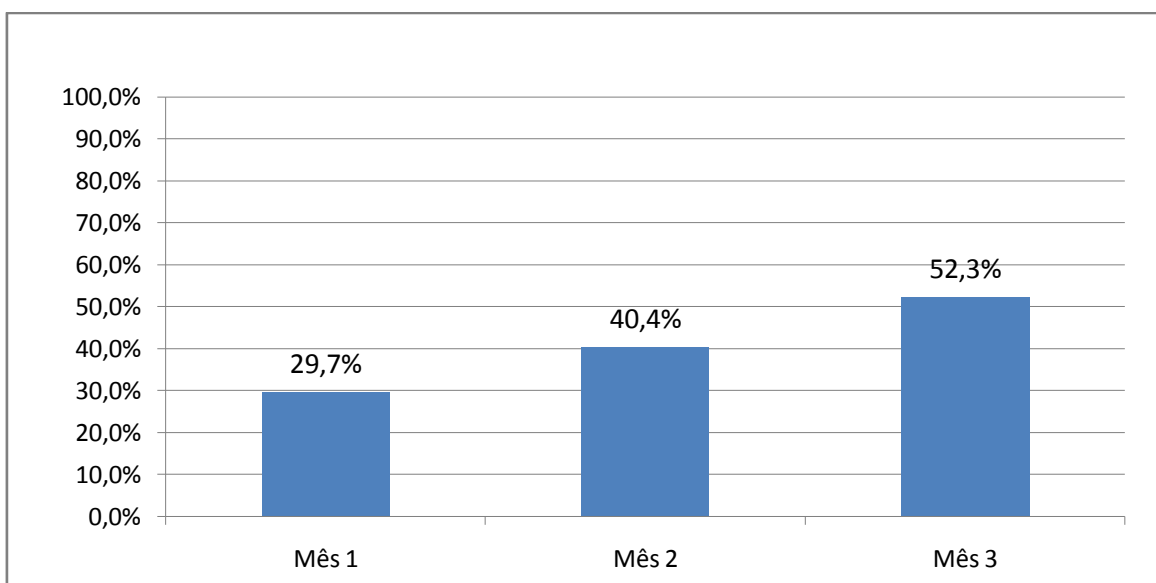


Figura 7 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Município de Camaquã, RS, 2015.



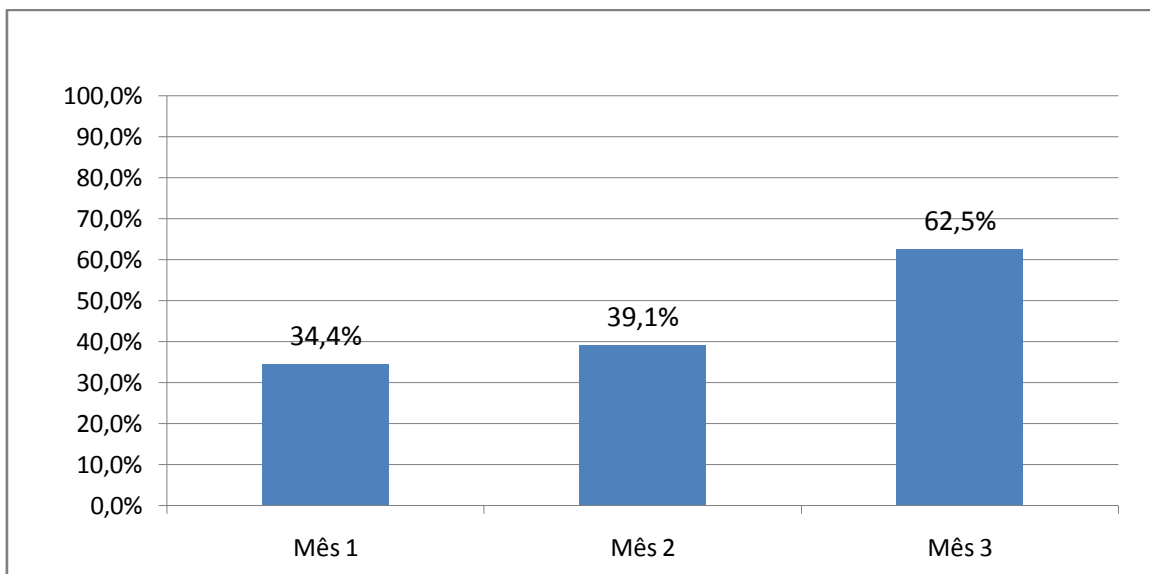


Figura 8 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia no Município de Camaquã, RS, 2015.

### **Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No começo da intervenção os 321 hipertensos já cadastrados tinham orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ao longo da intervenção, no 1º mês 138 (100%) dos hipertensos cadastrados receberam orientações nutricionais, no 2º mês 272 (100%) receberam as orientações, no 3º mês 419 (100%) tinham recebido orientações nutricionais.

No início da intervenção, 95 diabéticos já cadastrados tinham orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ao longo da intervenção, no 1º mês 32 (100%) dos diabéticos cadastrados receberam orientações nutricionais, no 2º mês 64 (100%) usuários diabéticos receberam as orientações e no 3º mês 136 (100%) tinham recebido orientações nutricionais.

A ação que contribuiu para alcançar 100% destas metas foi o apoio e participação da equipe (nutricionista, enfermeiro, técnica de enfermagem e médica) em conversas sobre temas relacionados a hábitos alimentares saudáveis e estilos de vida adequados.

A meta proposta foi garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade. Assim, metas atingidas.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em relação à proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, todos os hipertensos cadastrados no programa receberam as orientações. No 1º mês 138 (100%) tinham orientação sobre a prática regular de atividade física, no 2º mês 272 (100%) receberam as orientações, no 3º mês 419 (100%) receberam as orientações sobre prática regular de atividade física.

Em relação à proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, todos os diabéticos cadastrados no programa receberam as orientações. No 1º mês 32 (100%) tinham orientação sobre a prática regular de atividade física, no 2º mês 64 (100%) receberam as orientações, no 3º mês 136 (100%) receberam as orientações sobre prática regular de atividade física.

A ação que contribuiu para alcançar 100% destas metas foi o apoio e participação da equipe (nutricionista, enfermeiro, técnica de enfermagem e médica) em conversas sobre temas relacionados à importância da prática regular de exercícios físicos. A meta para este indicador era garantir a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos. Portanto, metas atingidas.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Ao início da intervenção os 321 usuários hipertensos já cadastrados tinham orientação sobre riscos do tabagismo. Ao longo da intervenção, no 1º mês 138 (100%) usuários cadastrados receberam orientações sobre riscos do tabagismo, no 2º mês 272 (100%) receberam as orientações, no 3º mês 419 (100%) tinham orientações sobre o tabagismo e receberam orientações sobre riscos do tabagismo.

No início da intervenção 95 usuários diabéticos já cadastrados tinham orientação sobre riscos do tabagismo. Ao longo da intervenção, no 1º mês 32 (100%) usuários diabéticos cadastrados receberam orientações sobre riscos do tabagismo, no 2º mês 64 (100%) receberam as orientações, no 3º mês 136 (100%) tinham orientações sobre os riscos do tabagismo.

A meta para estes indicadores era garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos orientações sobre os riscos do tabagismo. Assim, então foi atingida a meta prevista.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação à proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, todos os cadastrados no programa receberam as orientações. No 1º mês 138 (100%) tinham orientação sobre higiene bucal, no 2º mês 272 (100%)

receberam as orientações, no 3º mês 419 (100%) receberam as orientações sobre higiene bucal.

Em relação à proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal, todos os cadastrados no programa receberam as orientações. No 1º mês 32 (100%) tinham orientação sobre higiene bucal, no 2º mês 64 (100%) receberam as orientações, no 3º mês 136 (100%) tinham as orientações precisas sobre higiene bucal.

A ação que contribuiu para alcançar 100% destas metas foi o apoio e participação da equipe (enfermeiro, técnica de enfermagem e médica) em conversas sobre temas relacionados com a escovação adequada, alimentação saudável e diante qualquer lesão ou alteração bucal buscar o atendimento odontológico.

A meta para estes indicadores era garantir a orientação em relação a hábitos adequados de higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Portanto, meta atingida.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na unidade Básica de Saúde Carvalho Bastos do município de Camaquã/RS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame clínico adequado com apoio em protocolos de atendimento às doenças crônicas do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Assim, também conseguimos realizar uma classificação de risco para ambos os grupos.

No início da intervenção não contávamos com uma Análise Situacional na unidade nem com área de abrangência definida. Diante disso, não tínhamos um número da população pertencente à unidade atualizado e optamos em nos apoiar nos dados fornecidos pela projeção do CAP disponibilizado pelo curso em que estimamos uma população de aproximadamente 6.000 pessoas e com isso gerou uma estimativa de 1.341 hipertensos e 383 diabéticos. No entanto, a nossa realidade encontra-se mais próxima da estimativa gerada pela planilha de coleta de dados também disponibilizada pelo curso, a qual utilizamos como base em que a estimativa era de 913 hipertensos e 225 diabéticos.

Já tínhamos cadastrados em nossa unidade, segundo os dados coletados nos prontuários clínicos, um total de 321 hipertensos e 95 diabéticos que eram acompanhados pelo serviço antes da intervenção. Baseados nesta informação decidimos cadastrar mais 60% do número estimado pela planilha para a realização da intervenção.

Assim, a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse por quatro semanas (uma vez na semana ao fim do turno de trabalho [a partir das 15h], mantendo a unidade semi-aberta para atendimento emergencial) para assim seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes e com isso conseguimos promover o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e da recepção e assim todos puderam interatuar, debater e tirar dúvidas, tornando a atividade proveitosa e fundamental para intervenção.

A secretária na recepção era responsável pelo acolhimento do usuário, primeiro encontro de vital importância para posterior atendimento, logo após era realizada a triagem pela enfermeira ou pelas técnicas de enfermagem e posteriormente os usuários eram encaminhados para o atendimento médico. O programa de atendimento a usuários hipertensos e/ou diabéticos foi de responsabilidade da médica e da enfermeira. Os usuários descompensados foram avaliados pelo médico e encaminhados aos serviços especializados, quando necessário.

A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos foi também de responsabilidade da médica e da enfermeira, ficando definido em cada encontro o papel de cada profissional na ação programática. O monitoramento dos usuários foi responsabilidade da enfermeira que registrava semanalmente todos os usuários no livro de registros do programa. Toda a equipe participou das conversas, reuniões, atividades coletivas sobre temas de saúde com a comunidade, mas sob responsabilidade da médica e do enfermeiro da unidade.

A busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pela secretária da unidade, por via telefônica, recuperando assim todos os atendimentos. O monitoramento da ação foi realizada pela enfermeira que examinou as fichas-

espelho dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa e os prontuários clínicos identificando aqueles que não tinham exames clínicos, exames complementares, estratificação de risco cardiovascular em dia para que fosse providenciado a sua realização.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram centradas no atendimento médico (terapêutico). A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Com isso, houve mudanças na qualidade do atendimento médico e no relacionamento entre o médico e o usuário, além da prevenção de complicações e mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudável.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram aceitação e satisfação com a prioridade no atendimento, com o exame clínico e exames complementares recomendados pelos protocolos e a regularidade do programa de Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura que temos que continuar procurando com ajuda de toda a equipe.

A intervenção poderia ter sido facilitada se na unidade já existisse dados sobre a população, pois eu poderia ter tido uma visão panorâmica da minha comunidade, quais eram os fatores de risco que mais a atingiam e a população exata para trabalhar. Os dados da minha análise situacional foram estimados, pois não havia nenhum registro anterior que pudesse ser tomado como referência para a coleta da informação. Mas foram discutidas as atividades que vinham sendo desenvolvidas com a equipe durante a intervenção, além das reuniões e contatos que tivemos com a comunidade para orientar e explicitar os critérios para priorização da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Além das reuniões e contatos que tivemos com a comunidade para orientar e explicitar os critérios para priorização da atenção ao grupo de hipertensos e/ou diabéticos ainda alguns membros da comunidade não compreendem e relatam algum tipo de insatisfação, pois desconhecem o motivo desta priorização. Esperamos que isto mude a partir do momento em que a população tomar consciência de todo o processo. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada e com a incorporação à rotina do

serviço das ações desenvolvidas durante a intervenção teremos condições de superar algumas das dificuldades vivenciadas durante a mesma.

No entanto, para que a intervenção seja definitivamente incorporada a rotina do serviço necessitamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, em especial os de alto risco. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de alguns indicadores como exames clínicos e exames complementares em dia de acordo com o protocolo de atendimento a hipertensos e diabéticos, assim como estratificação de risco, indicadores em que as metas não foram atingidas na sua totalidade devido à falta de resolutividade por parte da gestão municipal.

Desafortunadamente como não temos disponível o Programa de Saúde da Família na UBS vamos continuar as ações no sentido de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos cadastrando-os quando comparecerem na unidade para uma consulta, pois não temos como chegar ao domicílio do usuário, nos próximos meses vamos continuar trabalhando nesse sentido. Tomando este projeto como base pretendemos implementar outros programas importantes na UBS dando continuidade à qualificação propomos iniciar pelo programa de prevenção ao câncer de colo de útero e de mama.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Entre os meses de fevereiro e maio do ano de 2015, a equipe da UBS Carvalho Bastos do município de Camaquã/RS teve sua atenção direcionada à melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Nas doze semanas de intervenção, houve atendimentos relacionados à atenção ao referido grupo seguindo o Protocolo de atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013).

O público-alvo foi composto por usuários pertencentes à área de abrangência da UBS a qual foi baseada em estimativa já que não há um registro oficial do quantitativo de usuários pertencentes à mesma. Foram estipuladas metas e ações alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos, a saber qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

No âmbito da intervenção cada profissional, previamente capacitado e consciente de suas responsabilidades, empenhou-se com exatidão no cumprimento das mesmas. A secretária na recepção era responsável pelo acolhimento do usuário, pois este primeiro encontro é de vital importância para o atendimento posterior. A equipe de enfermagem foi a encarregada da triagem, além de registro de resultados, divulgação da intervenção na sala de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde e divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica especializanda organizou sua agenda de forma a melhor atender aos usuários, na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares e seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pela secretária da unidade, via telefone, recuperando assim todos os atendimentos. As informações eram todas discutidas em reunião de equipe, momento em que eram



planejadas as atividades com o propósito de atingir as metas e os indicadores previstos.

Ao início da intervenção não tínhamos uma Análise Situacional anterior e nem um Sistema de Informação Municipal atualizado pelo qual nos apoiámos no Caderno de Ações Programáticas estimando como população total 6.000 usuários. Não foi possível fazer o recadastramento da população pela ausência de Agentes Comunitários de Saúde em nossa unidade, pois são fundamentais para a realização desta atividade. Segundo a estimativa da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, 913 usuários seriam hipertensos com 20 anos ou mais e 225 diabéticos com 20 anos ou mais. Ao final das 12 semanas, o número absoluto de 419 hipertensos, residentes na área de abrangência e 136 diabéticos procuraram o serviço para o atendimento, de maneira espontânea ou por agendamento prévio. Para ambos indicadores, os números foram ascendendo mês a mês durante a intervenção, comprovando a efetividade da mesma.

Os indicadores de qualidade da intervenção que foram passíveis de análise atingiram a 100% quanto à proporção de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, mas a proporção de usuários com exames clínicos e exames complementares em dia não foi atingida 100%, porque infelizmente durante o meu período de férias (6 semanas) a equipe de saúde da unidade não conseguiu fazer todos os exames clínicos necessários, pois a demanda de usuários foi muito grande e outros integrantes da equipe também saíram de férias pós o meu retorno o que também impossibilitou o trabalho para atingir a meta prevista, e associado a isso o fato dos exames complementares serem realizados na Secretaria de Saúde do município e demorarem muito para serem agendados e realizados. Em relação à proporção de usuários hipertensos e/ou diabéticos no atendimento odontológico foi realizada na unidade alcançando 100% de usuários avaliados.

No período compreendido da intervenção surgiram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional, foram superadas. Inicialmente, a Secretaria de Saúde não proveu o material necessário, em condições adequadas, para o desenvolvimento da ação. Alguns profissionais tiveram que usar seus próprios recursos financeiros para cópias de fichas-espelho e confecção do material disponibilizado em cada consultório. Demais insumos

para a realização de exames foram providos de maneira dificultosa, após vários contatos com a gestão.

Citam-se também a falta de credibilidade no sistema de saúde pública na cidade, em virtude da demora para realização dos exames, e à inexistência de informações concretas acerca do problema. Há um descompasso na gestão e organização/regulação dos exames. De acordo com informações dos próprios usuários, algumas solicitações de exames levam até dois meses para serem agendados e são obrigados a fazer os mesmos em serviços privados, mesmo com dificuldades econômicas que a maioria apresenta.

Tal situação é um agravo aos preceitos de medicina preventiva, cujo principal objetivo do exame é o rastreamento de fatores de riscos que podem desencadear o desenvolvimento da Hipertensão arterial e/ou do Diabetes mellitus, assim como suas complicações, além da importância para poder estabelecer a classificação de estratificação do risco cardiovascular. Além disso, o diagnóstico precoce contribui para diminuição de gastos públicos com saúde, além de diminuir os indicadores de morbimortalidade da população-alvo.

Apenas mais um adendo quanto à resolubilidade do tempo de espera para a realização de exames complementares e restabelecimento na unidade do atendimento odontológico, pois estes usuários não podem ser submetidos à má organização ou falha de contratos na saúde pública.

Seguindo, tem-se a baixa adesão da população, pois não contamos com ESF nem Agentes Comunitários, dificultando o acesso dos usuários às informações, ao agendamento das consultas e a manutenção do vínculo com a unidade. Soma-se o fato de inexistir um Conselho Local de Saúde, com uma população ativa e participativa.

Esperamos com um bom trabalho em equipe, manter a intervenção no cotidiano do serviço da UBS Carvalho Bastos. Houve, de forma geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Apesar das limitações impostas que fogem a governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais bem como a ação da equipe são benéficas e complementam as melhorias na

atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Ainda devemos destinar um foco maior a essas ações.

Apresentamos, a seguir um quadro demonstrativo da situação anterior e pós intervenção na unidade Carvalho Bastos em Camaquã/RS.

<b>Indicadores</b>	<b>Antes da intervenção HIPERTENSOS</b>	<b>Após a intervenção HIPERTENSOS n= 913</b>	<b>Antes da intervenção DIABÉTICOS</b>	<b>Após a intervenção DIABÉTICOS n= 231</b>
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético na unidade de saúde.	35,1%(321)	+45,9%(419)=740	42,2%(95)	+60,4% (136)=231
Realização de exame clínico em hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	84,2%(353)	Sem dados	84,6% (115)
Realização de exames complementares em hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	96,7%(405)	Sem dados	89,7% (122)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS aos hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	100%(419)	Sem dados	100% (138)
Avaliação da necessidade de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos	Sem dados	100%(419)	Sem dados	100% (138)
Busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas	Sem dados	100% (71)	Sem dados	100%(32)
Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	100%(419)	Sem dados	100% (138)
Realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	100%(219)	Sem dados	62,5% (85)
Orientação nutricional à hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	100%(419)	Sem dados	100% (138)
Orientação sobre a prática de atividade física a hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	100%(419)	Sem dados	100% (138)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	100%(419)	Sem dados	100% (138)
Orientações sobre higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos	Sem dados	100%(419)	Sem dados	100% (138)

Figura 9 – Quadro demonstrativo da situação da Unidade de Saúde Carvalho Bastos no município de Camaquã, RS anterior e pós a intervenção realizada na unidade de fevereiro a maio de 2015.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da Unidade Carvalho Bastos, Camaquã/RS

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil, cerca de 17 milhões são portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é ascendente com aparecimento cada vez mais precoce e, além disso, estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Ambos concentram altas taxas de mortalidade, sobretudo devido ao diagnóstico tardio.

Entende-se, portanto, que por serem doenças tão comuns e que matam, é importante a implantação de uma estratégia de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social.

A UBS Carvalho Bastos conviveu nos últimos meses, de fevereiro a maio, a atenção destinada à atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. No transcurso de doze semanas, houve um aumento nos atendimentos médicos, na solicitação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos disponibilizados pela farmácia popular. Do total de 6.000 usuários estimados como população pertencente à área de cobertura da unidade, 913 podem ser Hipertensos e 225 Diabéticos com 20 anos ou mais e a este grupo foi oferecido prioridade no agendamento para as consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, os registros e a organização do serviço.

Cada profissional da equipe desenvolveu o seu papel de forma a qualificar o atendimento. Assim, a secretária, na recepção, era responsável pelo acolhimento e marcava as consultas mediante demanda espontânea ou agendamentos. Quando o usuário chegava à unidade era realizada a triagem pela enfermeira ou pelas técnicas de enfermagem seguido pela realização de teste de glicose e verificação de sinais vitais; preenchimento parcial da ficha-espelho, verificação e entrega de resultados para posterior avaliação médica, cadastramento e divulgação da intervenção na sala de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde. A médica realizava o exame clínico, a revisão dos resultados e o seguimento da investigação com recomendação do tratamento adequado para cada usuário com hipertensão e/ou com diabetes. Todos os espaços e oportunidades foram aproveitados para divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Ao final das doze semanas, 419 (45,9%) pessoas com hipertensão e 136 (60,4%) pessoas com diabetes mellitus procuraram pelo atendimento médico na unidade, as quais foram avaliadas integralmente e cadastradas com preenchimento da ficha-espelho. A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, demonstrando o interesse pelo cuidado à saúde de cada um. A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular, pois todos os usuários tiveram suas informações e resultados anotados na ficha-espelho, os atendimentos foram realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse a correta avaliação por meio do exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Apesar das dificuldades encontradas ao longo da intervenção, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Em nenhum momento faltou material para o desenvolvimento das ações previstas para a intervenção. Os temas sobre saúde foram abordados na sala de espera da unidade com objetivo de que os usuários divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações dessas doenças. Tal medida ajudou para que a informação fosse propagada a grande parte da comunidade, sobretudo porque a unidade não possui agentes comunitários de saúde.

Falhas na organização do sistema para a realização dos exames complementares não podem ser admitidas, pois os usuários com hipertensão e/ou com diabetes não podem ficar sem conhecer os fatores de risco que estão atingindo a sua saúde e que podem ser detectados com a realização dos exames complementares.

Fica decidido, portanto, a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da UBS Carvalho Bastos. Houve, de forma geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação de toda a equipe da unidade foram benéficas e complementaram o atendimento garantindo melhorias na atenção a saúde do grupo acompanhado.

Convidamos a toda a comunidade para que continuem confiando no serviço desenvolvido pela unidade e que auxiliem na divulgação do trabalho que vem sendo realizado para que possamos acompanhar de forma efetiva as todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da Unidade Carvalho Bastos, Camaquã/RS.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Ao iniciar a intervenção para qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na UBS Carvalho Bastos, a minha expectativa estava baseada em desejos de mudanças e de aumentar a qualidade da atenção à saúde da população alvo da ação. Além disso, também tinha o desejo de aumentar a minha qualificação profissional e os meus conhecimentos sobre saúde da família na comunidade. Pensamentos sobre como desenvolver atividades que gerassem informações capazes de promover o trabalho em equipe, a prevenção e monitoramento das situações de risco, o planejamento das ações em saúde bem como a avaliação das ações em saúde para a população hipertensa e/ou diabética fazia parte das minhas preocupações.

Afinal, as atividades que envolvem atenção a pessoas hipertensas e/ou diabéticas sempre merecem destaque no âmbito da saúde. São muitos os estudos que demonstram que, apesar de todo o enfoque dado, desde 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda há uma necessidade crescente em aperfeiçoar o trabalho das equipes de saúde para a identificação precoce e o controle e tratamento adequados destas doenças crônicas que são tão frequentes entre uma parcela da população.

Ao longo das atividades, as dificuldades impostas sem alcance do poder de resolubilidade do profissional local da unidade, dificultaram o acesso dos usuários a algumas informações, retardaram as respostas às suas queixas quanto à demora de agendamentos relacionados principalmente aos exames complementares e avaliação por outras especialidades. Isso, por sua vez promove o retardo do diagnóstico acarretando em algumas complicações e, o que obviamente, pode influenciar no prognóstico de alguns usuários com doenças crônicas.

Por diversas vezes, ao longo dos três meses, acreditei que as mudanças advindas com a intervenção não perpetuariam na rotina da unidade. Contudo, paulatinamente, os profissionais e a população foram se acostumando e se tornando cientes do enfoque dado à atenção adequada às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. E hoje, de modo paradoxal, afirmo que as melhorias podem ser verificadas, permanecem e tendem a gerar resultados cada vez mais positivos.

Com o curso, pude enxergar a importância principal da Estratégia em Saúde da Família, a reestruturação da atenção primária centrada na família, cujo enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes à saúde. No contexto do SUS, compreende-se a importância epidemiológica nas intervenções para promoção de saúde. Um trabalho estruturado em equipe, que busca humanizar as práticas na atenção primária e satisfazer o usuário por meio do relacionamento estreito entre os profissionais e a comunidade.

No curto período do curso e, mais ainda, no mínimo tempo disponível para realizar as atividades propostas, é notória a mudança da minha percepção quanto à saúde pública. Acredito que as coletas dos dados iniciais, o relato das experiências inicial e final, de modo comparativo, construíram minha nova visão sobre o SUS e sobre as atividades desenvolvidas em uma unidade de saúde. Em suma, significa que, a cada dia, torno-me uma agente capaz de cobrar das autoridades uma política de saúde mais humanizada e adequada, respeitando os limites e o poder de resolubilidade de cada profissional.

Concluo que existe uma longa via a ser percorrida e que a saúde pública deveria dar passos mais largos. Não obstante, está no caminho correto. Há possibilidades para construção de um sistema de saúde em que os trabalhadores e a população sintam-se no direito de desejar a mudança e que consigam visualizar a concretude da proposta da ESF.

Neste ínterim, cada profissional que atua na atenção primária doa o melhor de sua melhor habilidade e coopera para alcançar objetivos comuns para o êxito dos programas desenvolvidos para que todos possam ter uma saúde ativa, propiciando a diminuição de fatores agravantes à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus: **hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

## **Anexos**

**Anexo A – Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel

Calibri 11

Fonte

Alinhamento

Número

Formato

Estilo

Células

AutoSoma

Preencher

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

C4

Indicadores Hipertensões e/ou Diabéticos - Mês 1

Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos estão em dia de acordo com a Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular (por exame clínico) está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		

Pronto Referências Circulares

PT 23:30 15/07/2015

## Anexo C – Ficha espelho

[illegible][illegible]

## **Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante